

Notfallblatt SCHÜLERDOSSIER:

Name, Vorname: _____

Klasse: _____

Krankenkasse: _____

Krankenkasse Personalnummer: _____

Name Hausarzt: _____

Telefon Hausarzt: _____

Leidet Ihr Kind unter einer Allergie?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?

Muss Ihr Kind Medikamente nehmen?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?

(wenn nötig geben Sie auch Dosierung und Einnahmezeit an)

Dürfen wir Ihrem Kind Medikamente im Krankheitsfall verabreichen?

(z.B. Dafalgan bei Fieber und Schmerzen, Motilium bei Erbrechen, Immodium bei Durchfall, usw.)

Ja

Nein

Einschränkungen bitte vermerken: _____

Gibt es andere Dinge, welche das Lehrerteam zur Betreuung Ihres Kindes wissen muss?

(evtl. spezielle Impfungen? Vegetarier/in...)

Ja

Nein

Wenn Ja: _____

Datum: _____ Unterschrift gesetzliche Vertretung: _____